Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg.
(Direktor: Prof. Dr. med. G a u ß.)

Über die Heilergebnisse der klinisch behandelten Dysmenorrhoe.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Richard Hengsbach
aus Velmede-Ruhr.

1936
Buchdruckerei Richard Mayr, Würzburg.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Prof. Dr. med. C. J. Gauß.

A. In Ergänzung der aus der Würzburger Frauenklinik stammenden Arbeit Eulers über die klinische Behandlung der Dysmenorrhoe, in welcher die während des klinischen Aufenthaltes der Patienten gemachten Erfahrungen behandelt wurden, wurden von mir die Heilergebnisse nach Dauerdilatation (Metranoikter, Beckh-Gänßbauer, Fehling und v. Oettingen) festgestellt. Es wurden zu diesem Zweck Fragebogen an die betreffenden Patientinnen herausgeschickt mit der angefügten Bitte, sich möglichst auch zu einer gynäkologischen Nachuntersuchung einfinden zu wollen.

Von den 146 herausgegangenen Briefen wurden 100 beantwortet. 35 Patienten erschienen auch zur Nachuntersuchung. Von den 100 Antworten scheiden 7 in meiner Aufstellung aus, da 5 Patienten inzwischen gestorben waren und 2 Fälle, wie sich später herausstellte, nachher einer anderen Therapie unterzogen wurden.

Ueber die Technik der Behandlung und die verschiedenen Modifikationen der Dauerdilatation werde ich bei der Besprechung der einzelnen Behandlungsergebnisse näher eingehen.

Für die Anwendung der Dauerdilatation kamen Fälle von

1. idiopathischer (funktioneller oder essentieller)
2. mechanischer Dysmenorrhoe

in Betracht. Die 3. Gruppe der Dysmenorrhoe (nach der Einteilung Olshausen's), nämlich die durch entzündliche Vorgänge bedingte, scheidet natürlich für diese Behandlung aus. Ein Fall jedoch von pathologischem Tastbefund der linken Adnexe, auf den ich später zu sprechen kommen werde, wurde trotzdem der Dauerdilatation unterzogen, anschließend jedoch mit Diathermie und Hydrotherapie angegangen. Bei sämtlichen hier erfaßten Fällen handelte es sich um sekundäre Dysmenorrhoe, eine Angabe über bestehende primäre Dysmenorrhoe (Tobser), also einer schon mit der Menarche einsetzenden schmerzhaften Regel, wurde von keiner Patientin gemacht. Ein Teil der Behandelten gab jedoch an, daß die Intensität und Dauer der Beschwerden bei den einzelnen Menstruationen häufig wechselten, daß sie ferner von körperlicher Arbeit und Anstrengung abhängig seien. Es wurden hier verschiedene Behandlungsmethoden angewandt, die Behandlung derselben folgt an Hand der Fälle.

Die gynäkologische Behandlung der Dysmenorrhoe ging zunächst von dem Gedanken aus, daß bei der schmerzhaften Regel ein Mißverhältnis zwischen der Menge des Menstrualblutes und der Kapazität des Uteruscavums bestehe (Menge). Ferner sollte nach der Ansicht von Opitz wegen der menstruellen Schleimhautschwellung eine Stauung der Menstruationsabsonderungen am Orificium uteri internum stattfinden, welche eben die schmerzhaften Kontraktionen des Uterus

hervorruft. In neuerer Zeit neigt man mehr der Ansicht zu, daß — vor allem bei genitaler Hypoplasie — der Uterus der menstruellen Hyperämie nicht entsprechend nachgibt und daß hierbei die Nervenendigungen und Gefäße Druck oder Zug erleiden, wodurch die Regel schmerzhaft wird. Da man die Erfahrung gemacht hatte, daß nach einer Gravidität oder Geburt eine vorher bestandene Dysmenorrhoe in den meisten Fällen verschwindet und das vorher unausgereifte, infantile Gewebe sich zu einem normalen Uterus entwickelt, so versuchte man durch Dilatation des Cervikalkanals diesen Vorgang in etwa nachzuahmen, vor allem aber die „Stenose" des inneren Muttermundes zu beseitigen.

B. Frühere Behandlung: Seit dem Jahre 1920 dilatierte man zu diesem Zwecke an der hiesigen Klinik mit Laminariastiften und nahm im Anschluß daran evtl. eine Abrasio vor. Bei gleichzeitig bestehender Sterilität wurde eine Stomatoplastik ausgeführt. Der frühere Oberarzt der hiesigen Klinik Prof. W. Schmitt (1) veröffentlichte 1924 in einer Arbeit über Dysmenorrhoe und Sterilität die Heilerfolge bei der Behandlung der Dysmenorrhoe-Patienten aus den Jahren 1920 bis 1922. Sie bestand in einer Erweiterung des Cervilkal-Kanales durch wiederholte Laminariaanwendung. Am ersten Tage wurde nach Sondierung und evtl. nach mechanischer Erweiterung mit dünnen Metalldilatatoren ein 4 mm dicker Laminariastift eingelegt. Nach 24 Stunden wurde der Stift entfernt und durch einen solchen von 6—8 mm Dicke ersetzt. Dann wurde an 3—4 Tagen hintereinander der Uterus mittels eines dicken Katheters mit dünner Lysollösung gespült. Bei einigen Fällen wurde nach genügender Erweiterung eine Abrasio mucosae vorgenommen. Prof. Schmitt schreibt, daß er bei der Anwendung dieser Methode niemals einen Nachteil gesehen habe, auch Temperaturerhöhungen seien nicht beobachtet worden. In den Krankengeschichten der Jahre 1923/24 fanden sich jedoch mehrfach Temperatursteigerungen von 38 und 39 Grad. Als Ergebnis der Behandlung errechnet Schmitt 64,1% Heilungen, wobei jedoch auch die Erfolge der Sterilitätsbehandlung eingereiht sind, da diese Fälle gemeinsam erfaßt wurden. Er ist jedoch mit dem Ergebnis nicht zufrieden und kommt zu dem Schluß, daß vielleicht Konstitutionsanomalien oder Störungen in der Tätigkeit der endokrinen Drüsen für die Mißerfolge verantwortlich seien. Menge tamponierte neben der Dilatation des Cervikalkanals zur Erweiterung des Cavums mit ölgetränkter Xeroformgaze für 6—10 Tage. Diese Methode wurde an der hiesigen Klinik nicht angewandt.

Metranoikter: Im Jahre 1923 begann man mit der Dauerdilation nach Schatz-Höhe. Als Instrument diente der Metranoikter, dessen Gebrauchstechnik in einer Arbeit von Schneider, Greifswald (2) veröffentlicht wurde. Er hebt die gründliche Dilatation hervor, die hierdurch bewirkt wird und bis Hegar Nr. 15 reichen soll, was kaum 2 Laminariastifte hervorrufen können. Der Metranoikter, der aus einer ringförmigen Stahlfeder mit 2 etwa 5 mm dicken, gewöhnlich ge-

spreizten Stahlstiften besteht, wird an der Außenseite, wo sich den Stiften gegenüber 2 Metallvorsprünge befinden, mit der Faßzange zusammengedrückt, sodaß die Stifte jetzt eng aneinander liegen. Ist der Cervikalkanal eng, so muß vorher dilatiert werden, sonst kann der Stift so eingeführt werden. Nach Abnahme der Zange wirkt wieder die Spannkraft der Feder und treibt die beiden Stifte, die in ihrer Länge von 55 mm den inneren Muttermund natürlich noch überragen, wieder auseinander und wirkt so mechanisch als Dilatation. Es wurde an der hiesigen Frauenklinik meistens ein Metranoikter verwandt, dessen Feder die Spannkraft von 4 kg betrug, welcher dann durchschnittlich 7—8 Stunden liegen blieb. Neben dem rein mechanischen Druck, den die Feder des Instrumentes im Cervikalkanal ausübt, wirkt es nach Ansicht Schneiders vor allem durch die reflektorisch angeregten Wehen, welche nach Feststellung von Schatz besonders den Cervikalkanal erweitern, abwohl an sich der Metranoikter in Spreizstellung am inneren Muttermund breiter ist. Besonders hervorgehoben wird das sterile Arbeiten, welches mit dem Instrument möglich ist.

Betrachten wir zunächst die Heilergebnisse der mit dem Metranoikter behandelten Kranken, so ergibt sich aus den eingelaufenen Antworten und den Nachuntersuchungen folgendes Bild:

1. *Metranoikter* (Geringe Zeit anhaltende Besserung).

Beruf	Alter	Stand	Genitalbefund
1.** Köchin	19 Jhr.	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Anteflexio ut. mob.
5. Ohe Beruf	31 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Anteflexio infant. Genitale
6. Ohne Beruf	35 „	Ledig Nullipara	Neurasthenie Normales Genitale
7. Hausfrau	39 „	2 Jhr. verh. Sterilitas	Antefl.-Dextroposit ut. mob.

** Reihenfolge der Fälle in der Statistik.

2. *Metranoikter* (Längere Zeit anhaltende Besserung).

	Beruf	Alter	Stand	Genitalbefund
2.	Landwirtstochter	22 Jhr.	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Anteflexio. ut. mob.
3.	Landwirtstochter	30 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Anteflexio. ut. mob.
4.	Hausfrau	27 „	2 Jhr. verh. Sterilitas	Antefl.-Sinistropos. ut. mob.
8.	Stenotypistin	28 „	Ledig Nullipara	Anteflexio-Retropos. ut. mob.
9.	Hausfrau	33 „	4 Jhr. verh. Sterilitas	Antefl. ut. mob.
10.	Ohne Beruf	25 „	Ledig Nullipara	Retrofl. ut. mob.

6 Fälle.

Die Antworten der vorher angeführten Patientinnen sind in folgender Aufstellung zusammengefaßt:

3. *Metranoikter.* (Antworten).

Geringe bzw. keine Besserung.	Längere bzw. dauernde Besserung.
1. ½ Jahr gebessert, dann operiert. Post partum beschwerdefrei.	2. Bis heute (1933 = 10 Jhr.) vollständig beschwerdefrei. 1925 verh. 4 Geburten.
5. Nur wenig gebessert, wechselnde Stärke der Beschwerden, seit 6 Mon. wieder ganz schlecht. Ledig, Nullipara.	3. Bis heute (10 Jhr.) beschwerdefrei.
7. Geringe Besserung für einige Zeit, die Anfälle haben aufgehört. Sterilitas. Seit 1931 Carcinoma uteri.	4. Bis heute beschwerdefrei, Sterilitas behoben, 4 Geburten.
6. Einige Monate gebessert. Verh. 1931 Geburt, dann beschwerdefrei.	8. Bis heute bedeutend gebessert. Ledig, Nullipara.
	9. Schmerzen bis heute nachgelassen. Sterilitas.
	10. Ueber ein halbes Jahr beschwerdefrei, dann wieder geringe Schmerzen, Erbrechen vollständig geschwunden. Ledig, Nullipara.
4 Fälle	6 Fälle

Es ergibt sich hieraus, daß von den 10 Fällen 6 vollständig geheilt oder bis heute gebessert wurden, vier Fälle jedoch nicht auf die Behandlung ansprachen. Auf die Beurteilung der Ergebnisse — auch in Beziehung zum Genitalbefund, Stand und Beruf — werde ich später eingehen.

Da man mit den Dauererfolgen dieser Behandlung nicht zufrieden war, (nach Schneiders Angaben entfielen auf 15 Erfolge der Dilatation an der Greifswalder Frauenklinik 4 Versager, wo es sich um ausgesprochen rigide Cervixwände handelte) so suchte man nach anderen Behandlungsmöglichkeiten, zumal das Liegen des Metranoikters mit heftigen Beschwerden, starken Schmerzen und Erbrechen verbunden war, sodaß häufiger starke Narkotica, ja Pantopon und Morphium gegeben werden mußte. Ferner trat einige Male Fieber bis 38 Grad auf, einmal kollabierte sogar eine Frau während das Instrument lag. Vor allem glaubte man, daß die Dauerdilatation über längere Zeit durchgeführt werden müsse, wenn sie zu einem Erfolg kommen solle, damit der rigide, infantile Uterus ausreifen könne, was in den 8—10 Stunden, in denen der Metranoikter liegt, wohl kaum möglich sei. Zudem war an der hiesigen Klinik bei einer Patientin, über welche die genauen Aufzeichnungen leider nicht mehr vorliegen, durch die starke Spannkraft des Metranoikters die rigide Cervix gesprengt worden und die Frau im Anschluß daran an Peritonitis zu Grunde gegangen.

2. Beckh-Gänßbauer: Ende 1923 ging man deshalb an der hiesigen Klinik zu der Dauerdilatation mit Glasstiften nach Beckh-Gänßbauer über. Gänßbauer (3) veröffentlichte diese Methode 1922. Er führte sie mit Glasstäben aus, die ungefähr 5 cm lang waren und in der Dicke den Hegarstiften Nr. 4—6 entsprachen. Beckh hatte seine Dysmenorrhoefälle schon Jahre vorher an der Nürnberger Frauenklinik auf diese Weise behandelt. Die Stifte blieben, nachdem man vorher ausreichend dilatiert hatte, 7—8 Tage liegen, sie wurden evtl. — vor allem bei Sekretstauung und Fieber — 1—2 mal gewechselt. Auch hierbei wurde noch eine zusätzliche Scheidentamponade ausgeführt, damit die Stifte nicht aus dem Cervikalkanal herausfielen. Neben der Dilatation wirken die Glasstifte in erster Linie durch eine im hypoplastischen Uterus auftretende Hyperämie, die die Entwicklung zu einem normalen Genitale anregen soll.

Die Aufstellung der Antworten eines Teiles der an der hiesigen Klinik nach dieser Methode behandelten Kranken folgt hiermit:

1. *Beckh-Gänßbauer* (Geringe Zeit anhaltende Besserung).

	Beruf	Alter	Stand	Genitalbefund
3.	Stütze	34 Jhr.	Ledig Nullipara	Dysmenorrhagien bei spitzwinkl. Antefl. Askariden (Tbc. pulm.)
4.	Arbeiterin	21 „	Ledig Nullipara	Antefl. ut. mob. Stat. hypopl.
7.	Bauerstochter	20 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
8.	Hausangestellte	18 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. Cervixstenose
12.	Hausangestellte	22 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
16.	Hausfrau	30 „	3 Jhr. verh. Nullipara	Sterilitas Spitzwinkl. Antefl.

6 Fälle

2. *Beckh-Gänßbauer* (Längere Zeit anhaltende Besserung).

	Beruf	Alter	Stand	Genitalbefund
1.	Dienstmädchen	26 Jhr.	Ledig Nullipara	Antefl. ut. mob.
2.	Dienstmädchen	32 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
5.	Weinbauersfrau	30 „	1 Jhr. verh. Nullipara	Spitzwinkl. Antefl.
6.	Hausangestellte	40 „	Ledig Nullipara	Retrofl. ut. mob. (Multiple Sklerose)
9.	Bauerstochter	22 „	Ledig Nullipara	Dysmenorrhag. bei spitzwinkl. Antefl.
10.	Hausangestellte	19 „	Ledig Nullipara	Retrofl. ut. mob.
11.	Hausangestellte	25 „	Ledig 1 Para	Dysmenorrhag. bei Retroversio-Positio ut. mob.
13.	Hausfrau	30 „	2 Jhr. verh. Sterilitas	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.

Befund	Alter	Stand	Genitalbefund
14. Schneiderin	23 „	Ledig Nullipara	Antefl.-Retroposit ut. mob. Virgo.
15. Bauerstochter	23 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. Cervixstenose
17. Bauersfrau	29 „	3 Jhr. verh. Sterilitas	Spitzwinkl. Antefl.

11 Fälle

Von diesen soeben angeführten Kranken, die nach der Methode Beckh-Gänßbauer behandelt wurden, erhielten wir folgende Antworten über das Heilergebnis der Behandlung:

3. *Beckh-Gänßbauer* (Antworten).

Geringe bzw. keine Besserung.	Längere bzw. dauernde Besserung.
3. 5 Mon. gebessert, dann wieder Schmerzen.	1. 1½ Jhr. gebessert. Ledig Nullipara.
4. 2 Mon. Besserung, verh. z. Z. Gravidität.	2. 6 Jhr. gebessert, dann Verschlimmerung der Beschw., welche durch Pessar behoben wurden. Ledig, Nullipara.
7. Ohne Besserung. 1930 verh. 1931 Partus, seither beschwerdefrei.	5. Nur noch geringe Beschwerden. 1931 Abort. Seither ohne Beschwerden.
8. Keine Besserung, in letzter Zeit stärkere Schmerzen. Ledig, Nullipara.	6. 4 Jhr. beschwerdefrei, ledig, Nullipara.
12. Geringe Besserung, zeitweise jedoch starke Schmerzen. Ledig. (Im Kloster).	9. Bis heute (9 Jhr.) ohne Schmerzen.
16. Ungebessert, Sterilitas nicht behoben.	10. Bis heute (9 Jhr.) beschwerdefrei. Ledig, Nullipara.
	11. 6 Jhr. beschwerdefrei, 1930 doppelseitige Eierstockentzündung, operiert.
	13. Erst noch 3—4 mal Beschwerden, dann ohne Schmerzen.
	14. Bis heute ohne Schmerzen.
	15. 2 Jhr. beschwerdefrei. 1926 verh. 4 Para.
	17. Bis heute gebessert. Sterilitas.
6 Fälle	11 Fälle

Es waren also von den 17 behandelten Patienten bis zum Tage der Antwort — also bis zu 9 Jahren — 11 Kranke bedeutend gebessert oder beschwerdefrei, was einem Erfolg von 64,7% gleichkommt. Während Gänßbauer sagt, daß Temperaturerhöhungen bei dieser Technik nicht vorkommen, wurde dies an der hiesigen Klinik häufiger beobachtet, was ja auch durch den mehr oder minder vollständigen Abschluß des Cervikalkanales erklärlich ist. Deshalb wurde am 3. bis 4. Tag der Stift meistens gewechselt. Falls sich vor dem Einlegen der Glasstäbchen die Cervix als sehr rigide erwies, sodaß man in einer Sitzung nicht ausreichend hätte mit Hegar dilatieren können, so wurde mit dem Metrotom eine Discisio des Orificium internum uteri vorgenommen. Es wurden 4 leichte Einschnitte in ungefähr diagonaler Anordnung am inneren Muttermund gemacht, wodurch der Cervikalkanal genügend erweitert wurde, zuweilen wurde auch noch eine Abrasio gemacht, die in erster Linie umstimmend „als Peitschenschlag auf das Ovar" wirken, dann aber auch eine Untersuchung und Beurteilung der Uterusschleimhaut ermöglichen sollte.

3. Fehling: Seit dem Jahre 1926 wurde das von Fehling (4) angegebene Glasröhrchen angewandt, welches den Vorteil hat, daß es durch sein Lumen und die seitlich angebrachten Löcher einen Sekretabfluß gestattet, sodaß Stauungen und Temperaturanstieg besser vermieden werden können. In der ersten Zeit wurde während des Liegens der Röhrchen mit Formalin eine Uterusausspülung vorgenommen. Die Methode wies noch einen weiteren Vorteil auf, insofern anstatt der Scheidentamponade das Instrument mit einem Seidenfaden, welcher durch eine seitliche Oeffnung dieser Glasvorrichtung gezogen wurde, an der Muttermundslippe festgenäht wurde. Ursprünglich hat das Glasröhrchen diese Vorrichtung nicht besessen; denn Schmidt (4) H. R. erwähnt in seiner Arbeit über die „Fehling'sche Spülkur bei Dysmenorrhoe und Sterilität" aus der Frauenklinik Bonn nichts hiervon, auch in der, seiner Arbeit beigefügten Zeichnung ist am äußeren, trichterförmigen Ende des Röhrchens, welches aus dem Muttermund herausragt, keine Oeffnung für das Durchziehen eines Fadens vorhanden. Zum Spülen diente anfangs eine Lysollösung, später wurde 1% iges Formalin verwandt. Schmidt schreibt dem Formalin eine beizende, sekretionshemmende Wirkung zu, die den oft sehr starken cervikalen Fluor mildert oder zum Schwinden bringt, was seiner Ansicht nach vor allem bei einer gleichzeitig bestehenden Sterilität von größter Bedeutung ist. Vor dem Einlegen des Röhrchens wurde der Cervikalkanal ausreichend dilatiert — ohne eine starke Discisio des inneren Muttermundes — und dann eine Abrasio mucosae vorgenommen. Nach 3 Tagen wurde die Kanüle gewechselt und die Uterushöhle mit ungefähr einem Liter Formalin gespült. Der Kanülenwechsel und die Spülung wurden noch 2—3 mal mit 3 tätigen Zwischenpausen wiederholt. Am Schluß der Behandlung war der innere Muttermund so weit, daß man, nachdem die Kanüle schon einige Tage entfernt war, leicht

mit einem mittlerem Uteruskatheter das Orificium internum passieren konnte. An der Bonner Klinik durften die Patienten — Fieberfreiheit vorausgesetzt — nach dem 5. Tag mt dem Röhrchen aufstehen. Schmidt schreibt ferner: „Es deckt sich die Fehling'sche Spülkur mit der, insbesondere im Ausland verbreiteten Behandlung der Dysmenorrhoe mit Intrauterinpessaren resp. -Kanülen. Auch hierbei wird die Kanüle 10—14 Tage liegen gelassen." An der Bonner Frauenklinik blieben von 77 nach Fehling behandelten Dysmenorrhoekranken 44% ungeheilt. Die 56% Erfolge sind jedoch auch nicht als Dauerheilungen anzusehen, da die Patienten, wie Schmidt selbst berichtet, nicht über längere Zeit kontrolliert wurden. Er meint jedoch abschließend: „So ist die Fehling'sche Spülkur ein gefahrloses und ebenso sicheres Verfahren in der Behandlung der Dysmenorrhoe und ist den anderen üblichen Behandlungsmethoden vorzuziehen."

An unserer Klinik wurde bei der Dilatation fast regelmäßig noch eine Discisio des inneren Muttermundes vorgenommen; die Ergebnisse sind, wie aus der späteren Tabelle ersichtlich ist, bedeutend besser. Es folgt jetzt die Aufstellung der nach dieser Methode behandelten Kranken:

1. *Fehling* (Kurze Zeit anhaltende Besserung).

Beruf	Alter	Stand	Genitalbefund
2. Ohne Beruf	24 Jhr.	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
9. Ohne Beruf	24 „	Ledig Nullipara	Dysmenorrhag. bei Retroflexio, ut. mob.
13. Ohne Beruf	23 „	Ledig Nullipara	Adnexitis links Dysmenorrhag. bei spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
17. Ohne Beruf	41 „	Ledig Nullipara	Uterus myomat. Stenose des inneren Mm. (Polyp)
19. Ohne Beruf	45 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob. Virgo.
21. Ohne Beruf	23 „	Ledig Nullipara	Hyperantefl. ut. mob.

6 Fälle

2. *Fehling.* (Längere Zeit anhaltende Besserung).

	Beruf	Alter	Stand	Genitalbefund
1.	Hausfrau	27 Jhr.	3 Jhr. verh. Sterilitas	Antefl.-Sinistroversio ut. mob.
3.	Bauersfrau	29 „	3 Jhr. verh. Sterilitas	Antefl. ut. mob.
4.	Stationsgehilfenfrau	35 „	Verh. 1 Para	Dysmenorrhag. bei Antefl. ut. mob.
5.	Steinhauersfrau	34 „	7 Jhr. verh. Sterilitas	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
6.	Hausangestellte	24 „	Ledig Nullipara	Antefl. ut. mob.
7.	Hausangestellte	21 Jhr.	Ledig Nullipara	Hyperantefl. ut. mob.
8.	Hausangestellte	22 „	Ledig Nullipara	Retroversio, ut. mob.
10.	Hausfrau	30 „	6 Jhr. verh. Sterilitas	Hyperantefl. ut. mob.
11.	Köchin	20 „	Ledig Nullipara	Retroversio-Positio ut. mob.
12.	Ohne Beruf	32 „	Ledig Nullipara	Antefl. ut. mob. Hypoplasie
14.	Näherin	30 „	Ledig Nullipara	Dysmenorrhag. bei Retrofl. ut. mob.
15.	Zugeherin	20 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl.
16.	Hausangestellte	18 „	Ledig Nullipara	Anteflexio ut. mob. Infantilismus.
18.	Hausfrau	21 „	1 Jhr. verh. Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. Retropositio ut. mob.
20.	Hausangestellte	29 „	Ledig Nullipara	Hyperantefl. uteri infantilis.
22.	Hausangestellte	24 „	Ledig Nullipara	Antefl. uteri Infantilismus.

16 Fälle.

Es folgen jetzt die Antworten der soeben aufgeführten Frauen.

3. *Fehling.* (Antworten).

Geringe bzw. keine Besserung.	Längere bzw. dauernde Besserung.
2. Ohne Besserung, seit 3 Jhr. verh. z. Z. gravid.	1. Bis heute (7 Jhr.) ohne Beschwerden, Sterilitas behoben.
9. Nicht gebessert, operiert. Ledig, Nullipara.	3. Bis heute (7 Jhr.) beschwerdefrei. 1933 partus.
13. Fast ein halbes Jahr Besserung, dann Periode alle 14 Tage mit wechselnd. Schmerzen.	4. 6 Jhr. ohne Beschwerden, seither wieder Kreuzschmerzen u. Menorrhag. verh. 2 Para.
17. Nicht gebessert, Mai 33 operiert, jetzt beschwerdefrei. Ledig, Nullipara.	5. 7 Jahre beschwerdefrei. Sterilitas nicht behoben.
19. Ohne Besserung. Seit einem Jahr Menopause.	6. Bis heute ohne Beschwerden.
21. Nur einmal gebessert, ledig, Nullipara.	7. Bis heute ohne Schmerzen.
	8. Bis heute beschwerdefrei. 1929 verh. 4. Para. N. U.: Normales Genitale.
	10. Bis heute beschwerdefrei. Sterilitas. N. U.: Adipositas, normales Genitale.
	11. Bis heute bedeutend gebessert.
	12. Bis heute ohne nennenswerte Beschwerden.
	14. 5 Jhr. bedeutend Besserung. Seit einem Jahr wieder Beschwerden. Nullipara.
	15. 1 Jhr. beschwerdefrei. Jetzt Kreuzschmerzen, 2—3 Tage ante menstruat. N. U.: Uterus retroflekt.
	16. Bis heute beschwerdefrei.
	18. Bis heute gebessert, Sterilitas behoben.
	20. Nur noch am 1. Tag geringe Schmerzen. Ledig, Nullipara.
	22. Bis heute gebessert. Ledig, Nullipara.
6 Fälle	**16 Fälle**

Wir finden also bei den 22 antwortenden Frauen ein besseres Heilergebnis (72,8%) als die Methode Beckh-Gänßbauer aufweist.

4. *v. Oettingen.*

Eine weitere Abänderung des von Fehling angegebenen Röhrchens geschah durch v. Oettingen (5), welcher es außen mit Gaze umwickelte, die eine sekretansaugende Wirkung enthalten soll. Es wurde ebenfalls mit einem Seidenfaden am äußeren Muttermund festgenäht. Auch bei der letzten Methode wurde zur besseren Dilatation mit dem Metrotom eine Discisio des inneren Muttermundes vorgenommen. Von den nach dieser Methode behandelten Frauen antworteten 44, deren Aufstellung jetzt folgt.

1. *v. Oettingen.* (Geringe Zeit anhaltende Besserung).

Beruf	Alter	Stand	Genitalbefund
3. Hausangestellte	21 Jhr.	Ledig Nullipara	Retrofl. ut. mob.
5. Hausfrau	24 „	1 Jhr. verh. Sterilitas	Spitzwinkl. Antefl. Dextropositio, ut. mob.
12. Ohne Beruf	31 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
13. Dienstmädchen	20 „	Ledig Nullipara	Antefl. uteri infant.
16. Bauerstochter	37 „	Ledig Nullipara	Retroversio-Sinistro-Positio uteri (myomat.)
17. Dienstmädchen	32 „	Ledig 1 Para	Antefl. ut. mob. Desc. vag. II.^{0}
19. Verkäuferin	20 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
21. Ohne Beruf	23 Jhr.	Ledig Nullipara	Antefl.-Dextroversio ut. mob.
22. Hausgehilfin	17 „	Ledig Nullipara	Dysmenorrhag. bei Antefl.-Dextroversio ut. mob.
25. Ohne Beruf	27 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
26. Bauerstochter	36 „	Ledig Nullipara	Antefl. ut. mob. Li. Ovar etwas vergr.
30. Ohne Beruf	22 „	Ledig Nullipara	Antefl. ut. mob.

Beruf	Alter	Stand	Genitalbefund
32. Bauerstochter	22 Jhr.	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
34. Bauersfrau	29 „	3 Jhr. verh. Sterilitas	Antefl.-Sinistroposit. ut. mob.
38. Dienstmädchen	22 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
39. Ohne Beruf	27 „	Ledig Nullipara	Retrofl. ut. mob.
40. Dienstmädchen	41 „	Ledig Nullipara	Dysmenorrhag. bei spitzwinkl. Antefl. ut. mob.

17 Fälle

2. *v. Oettingen.* (Längere Zeit dauernde Besserung).

Beruf	Alter	Stand	Genitalbefund
1. Ohne Beruf	32 Jhr.	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
2. Ohne Beruf	37 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
4. Hausangestellte	24 „	Ledig Nullipara	Antefl.-Retroposit. ut. mob.
6. Ohne Beruf	21 „	Ledig Nullipara	Antefl.-Retroposit. ut. mob.
7. Landwirtsfrau	47 „	10 Jhr. verh. Nullipara	Normales Genitale Sterilitas
8. Hausfrau	25 „	2 Jhr. verh. Sterilitas	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
9. Blumenbinderin	27 „	Ledig Nullipara	Antefl. ut. mob. Fluor.
10. Servierfräulein	22 „	Ledig Nullipara	Dysmenorrhag. bei spitzwinkl. Antefl.
11. Hausfrau	42 „	4 Jhr. verh.	Sterilitas. Retroversio ut. mob.
14. Fabrikarbeiterin	36 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.

Beruf	Alter	Stand	Genitalbefund
15. Landwirtsfrau	23 „	1 Jhr. verh. Sterilitas	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
20. Ohne Beruf	18 „	Ledig Nullipara	Antefl. ut. mob. Colpitis
22. Fabrikarbeiterin	24 „	Ledig Nullipara	Dysmenorrhoe bei ventrifix. Uterus
24. Ohne Beruf	17 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. Retroprosit. ut. mob.
27. Ohne Beruf	30 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl.- Sinistroposit. ut. mob.
28. Hausangestellte	18 „	Ledig Nullipara	Dysmenorrhag. bei spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
29. Landwirtstochter	18 Jhr.	Ledig Nullipara	Retroversio ut. mob. Infantilismus.
31. Chauffeursfrau	25 „	2 Jhr. verh. Sterilitas.	Antefl. ut mob.
33. Kontoristin	25 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
35. Hausangestellte	19 „	Ledig Nullipara	Retrofl. ut. mob.
35. Arbeiterin	21 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob.
37. Hausangestellte	18 „	Ledig Nullipara	Retrofl. ut. mob.
41. Ohne Beruf	22 „	Ledig Nullipara	Spitzwinkl. Antefl. ut. mob. Trichomonas.
42. Hausangestellte	22 „	Ledig Nullipara	Uterus in Streckstellung, retroponiert.
43. Bauerstochter	31 „	Ledig Nullipara	Retrofl. ut. mob. Virgo.
44. Zugeherin	28 „	Ledig Nullipara	Retrofl. ut. mob.

27 Fälle.

Es folgen in der Aufstellung die Antworten der vorhin angeführten Patientinnen, welche nach der Methode v. Oettingen behandelt wurden:

3. *v. Oettingen* (Antworten).

Geringe bzw. keine Besserung.	Längere bzw. dauernde Besserung.
3. Keine Besserung der Schmerzen, Periode aber regelmäßig, nicht mehr so stark. Ledig, Nullipara.	1. Beschwerdefrei, verw. Nullipara.
5. Keine Besserung. Sterilität nicht behoben.	2. Bis heute (4 Jhr.) ohne Schmerzen, ledig Nullipara.
12. 3 Monate gebessert. Ledig, Nullipara.	4. 2 Menstruationen noch Beschwerden, dann Besserung bis heute. Verh. Abort.
13. Keine Besserung, ledig Nullipara.	6. Bis heute (3 Jhr.) bedeutend gebessert, nur zeitweise geringe Schmerzen. Ledig, Nullipara.
16. 3 Monate kaum Schmerzen, dann kurze Amenorrhoe, darauf wieder stärkere Beschwerden. Ledig, Nullipara. N. U.: Uterus vergr. kl. Myom.	7. Bis heute beschwerdefrei. Sterilität nicht behoben.
17. 2 Mon. gebessert, dann wieder Beschwerden. Okt. 1932 am Vorfall operiert, jetzt beschwerdefrei. Verh. I Para.	8. Bis heute ohne Schmerzen. Sterilitas. Conjunx: Sperma negativ.
19. Keine Besserung. Febr. 33 Partus, post partum noch Schmerzen.	9. 1 Jahr beschwerdefrei, dann gravid. August 33 Partus.
21. 3—4 mal beschwerdefrei, dann geheiratet, doch immer noch Schmerzen. Im Mai 33 Partus. Jetzt Regel o. B.	10. Bis heute (3 Jhr.) fast vollständig beschwerdefrei, ledig, Nullipara. N. U.: Uterus in Streckstellung.
23. Nur 4 Wochen gebessert, dann status idem.	11. Bis heute fast ohne Beschwerden, seit 2 Jhr. Periode unregelmäßig, Sterilitas. N. U. Normales Genitale, Praeklimax.
25. 3 Monate beschwerdefrei, jetzt wechselnd. (Im Kloster).	14. Bis heute gebessert, N. U.: Uterus leicht retrovert. Ledig, Nullipara.
26. 3 Mon. Besserung. Jetzt wieder schlimmer.	15. Schmerzen während der Periode gebessert, vorher jedoch seit einiger Zeit wieder krampfartig.
30. 6 Wochen Besserung, dann dauernd Rücken- und Leibschmerzen, die sich während der Menses verstärken.	18. Bis heute (3 Jhr.) nur geringe Beschwerden, jedoch Mittelschmerz. N. U.: Normales Genitale.
32. Keine Besserung. N. U.: Spitzwinkl. Antefl. Ledig, Nullipara.	20. 8 Mon. gebessert, Febr. 33 Partus, jetzt wieder Schmerzen.

34. 2 Menses gebessert, dann wieder Beschwerden. N. U.: Li. Adnexe leichter Strang, sonst o. B. Sterilitas.

38. Schmerzen nicht gebessert. Blutung geringer. Ledig. Nullipara. N. U.: Uterus in Streckstellung.

39. Nur geringe Besserung, dann ein halbes Jahr Biosal genommen, darauf beschwerdefrei. N.U.: Uterus in Streckstellung.

40. 4 Menses bei gutem Befind. dann periodenweise Verschlimmerung, starke Blutung. N. U.: Spitzwinkl. Antefl. Ledig, Nullipara.

22. 2 Jhr. gebessert, bis April 32, wo Gravidität eintrat. Ledig. I Para.

24. 6 Mon. beschwerdefrei, dann geringe Schmerzen, jedoch starken grünlichen Ausfluß.

27. Bis heute (2 Jhr.) beschwerdefrei. Ledig, Nullipara.

28. Bis heute Schmerzen völlig beseitigt. Ledig, Nullipara.

29. 6 Mon. beschwerdefrei, dann wechselnd leichte Schmerzen. Ledig, Nullipara.

31. Bis heute gebessert. Sterilitas behoben.

33. Bis heute ohne Schmerzen, auch keine Bewußtlosigkeit mehr. Ledig, Nullipara.

35. 3 Regeln ohne Schmerzen, bis heute noch gute Besserung. Ledig, Nullipara.

36. Bis heute Besserung, aber nicht vollständig behoben. Ledig, Nullipara.

37. Bis heute beschwerdefrei.

41. Bis heute bedeutend gebessert. Kein Erbrechen mehr, z. Z. keine Schmerzen. Ledig, Nullipara.

42. 1 Jahr gute Besserung. Ledig, Nullipara.

43. Bis vor kurzem beschwerdefrei, jetzt geringe Schmerzen. Ut. retrofl. mob.

44. Fast 1 Jahr ohne Schmerzen. Ledig. Nullipara.

---

17 Fälle. 27 Fälle.

Zusammenfassung: Bei den 44 Fällen, welche nach v. Oettingen behandelt wurden, treffen wir in 27 Antworten (61,3%) eine längere

Besserung oder Heilung an. Auch bei den, in meiner Aufstellung als ungeheilt geltenden Fällen, sehen wir häufig, wenn auch nur für kurze Zeit, ein Ansprechen auf die Behandlung und ein Nachlassen der dysmenorrhoischen Beschwerden für einige Menstruationen.

Gesamtübersicht: Es folgt jetzt eine Zusammenstellung aller unserer mit den verschiedenen Verfahren behandelten Fälle, geordnet nach den einzelnen Behandlungsarten.

	Zahl	Besserung	Ohne Besserung
Metranoikter	10	6 = 60 %	4 = 40 %
Beckh-Gänssbauer	17	11 = 64,7 „	6 = 35,3 „
Fehling	22	16 = 72,8 „	6 = 27,2 „
v. Oettingen	44	27 = 61,3 „	17 = 38,7 „
Gesamtsumme	93	60 = 64,5%	33 = 35,5%

Wir sehen aus der angeführten Tabelle bei der Metranoikterbehandlung einen Heilerfolg von 60%, der bei der Fehlingmethode auf 72,8% steigt. Die Behandlung nach v. Oettingen weist 61,3% Heilungen auf. Es sind hierin zwar kleine Zahlen erfaßt, die natürlich nur einen bedingten Wert haben, jedoch ist der Unterschied in den Heilungsergebnissen ersichtlich. Bei der Gesamtsumme der Behandlungen entspricht das einem Erfolg von ungefähr zwei Drittel, ein Ergebnis, welches bei der Harmlosigkeit und Ungefährlichkeit des Eingriffes also ziemlich hoch ist.

Heilerfolge getrennt nach den einzelnen Genitalbefunden: Ich komme jetzt zur kritischen Besprechung der Heilerfolge im Zusammenhang mit den einzelnen Genitalstaten.

Erfolge der Behandlung bei den einzelnen Genitalstaten.

	Besserung	keine Besserung
Antefl. ut. mob.	9	3
Anteflexio-Dextroversio ut. mob.	—	2
Anteflexio-Sinistroversio ut. mob.	1	—
Anteflexio-Dextropositio ut. mob.	—	1
Anteflexio-Sinistropositio ut. mob.	1	1
Anteflexio-Retropositio ut. mob.	4	—
Antefl. ut. mob. Descensus 2^0	—	1
Anteflexio uteri infantilis	3	2
Spitzwinkl. Antefl. ut. (+ Infantil.)	25	16
Spitzwinkl. Antefle.-Retroposit. ut. mob.	2	—
Spitzwinkl. Antefl.-Sinistroposit. ut. mob.	1	—
Spitzwinkl. Antefl.-Dextroposit. ut. mob.	—	1
Spitzwinkl. Antefl.-Adnexitis sin.	—	1
Retrofl. ut. mob.	8	3
Retroversio ut. mob.	3	—
Retroversio positio ut. mob.	1	—
Retroversio-Sinistroposit. ut. (Myom.)	—	1
Uterus myomat. Stenose d. inneren Mm. (Polyp)	—	1
Uterus in Streckstellung und retropon.	1	—
Uterus ventrifixiert	1	—
Sa.	60	33

Es ergibt sich hierbei ein Ueberwiegen der spitzwinkligen Anteflexio und des infantilen Uterus, worauf von den 93 Fällen 50 entfielen. Hiervon wurden 31 Kranke geheilt, 19 waren wenig oder garnicht gebessert, was für die Heilung einem Prozentsatz von 62 entspricht. An zweiter Stelle kommen zahlenmäßig (22 Fälle) die Dysmenorrhoekranken mit anscheinend normalen Genitale. Zu dieser Gruppe rechne ich die Anteflexio uteri, auch verbunden mit einer Dextro- oder Sinistro-Versio-Positio, obwohl ich mir klar bin, daß diese Lageveränderungen des Uterus in einzelnen Fällen vielleicht durch irgendeine Entzündung hervorgerufen wurde, sei es durch eine frühere Parametritis oder Adnexitis, sei es durch eine akute oder chronische Appendicitis. Hier ergaben sich nach der Dauerdilatationsbehandlung 68,2% Heilerfolge.

Die so häufig als Ursache der Dysmenorrhoe angeklagte Retroflexio unteri — 11 Fälle, davon 8 geheilt = 72,7% — sprach neben der Retroversio (3 Fälle geheilt) gut auf die Behandlung an. Man sollte deshalb in solchen Fällen, bevor man zu einer Pessar- oder operativen

Behandlung übergeht, vorher wenigstens einen Versuch mit der Dauerdilatation machen und nicht das zufällige Vorhandensein einer Retroflexio uteri, die an sich keine Beschwerden zu machen braucht, sofort als Indikation zu größeren chirurgischen Eingriffen ansehen. 2 Patientinnen, die man als Grenzfälle der zweiten, für die Dilatation in Frage kommenden Gruppe, nämlich der mechanischen Dysmenorrhoe, bezeichnen kann, die eine mit einer durch einen erbsengroßen Polypen hervorgerufenen Stenose des inneren Muttermundes (der Polyp wurde mit der Curette abgetragen), die andere mit einem geringgradigen Uterus myomatosus, blieben nach der von Oettingen-Behandlung ungebessert. Letztere Patientin gab an, daß sie nach der Behandlung 3 Monate eine normale Regel gehabt habe, darauf seien die nächsten Menses postponierend eingetreten und im Anschluß daran unregelmäßig und wieder mit Schmerzen verbunden gewesen. Sie stand im Alter von 37 Jahren und hatte auch später bei der Nachuntersuchung einen vergrößerten Uterus, an dem man einen Myomknoten tasten konnte. Einen weiteren Versager der Dauerdilatation bei einem Fall möchte ich noch anführen, wo die Patientin bei einem sonst normalen inneren Genitale mit einem Descensus 2. Grades wegen der bestehenden Dysmenorrhoe erfolglos mit der Dilatation nach v. Oettingen behandelt worden war. Nach der später vorgenommenen operativen Beseitigung des Vorfalls waren auch die Schmerzen bei der Regel behoben. Den eingangs erwähnten Fall, wo eine linksseitige Adnexitis entstand, möchte ich hier näher besprechen. Die Kranke war 23 Jahre alt, die Menarche im 20. Jahr. Seit 10 Mon. litt sie unter starken Dysmenorrhagien, die sie für 5—6 Tage ans Bett fesselten. Dabei hatte sie oft so heftigen Blutandrang zum Kopf, daß sie angeblich schon bei der Arbeit umgefallen war. Sie wurde, da kein Adnexbefund vorhanden zu sein schien, zunächst nach Fehling dauerdilatiert. Am 3. Tage traten, während das Röhrchen lag, die Menses mit Temperaturanstieg bis 38 Grad auf, weshalb man das Röhrchen entfernte. Bei der postmenstruellen Nachuntersuchung ergab sich eine strangartige Verdickung der linken Tube. Die Leukozytenwerte, die bei der Aufnahme 7000 betrugen, stellten sich auf 8000, die Senkung betrug 3 mm nach Westergreen. Die Pat. erhielt darauf noch Hydrotherapie und Diathermie und wurde nach einer beschwerdefreien Regel mit einer noch ungefähr daumendicken, nicht mehr druckempfindlichen Resistenz der linken Adnexe entlassen. Sie blieb darauf fast ein halbes Jahr ohne Beschwerden, dann trat die Menstruation wieder alle 14 Tage auf, ab und zu mit stärkeren Leib- und Kreuzschmerzen verbunden.

Heilerfolge, getrennt nach den einzelnen Berufen: Bei der Verteilung der Patientinnen auf die einzelnen Berufe ergibt sich folgende Zusammenstellung:

Aufstellung der Berufe.

	Zahl	Berufe %		Besserung		Ohne Besserung
Hausangestellte	23	24,8		16		7
Hausgehilfin	1	1,1	= 29,1 %	—	= 63,3 %	1
Köchin	2	2,1		1		1
Stütze	1	1,1		—		1
Verkäuferin	1	1,1		—		1
Servierfräulein	1	1,1		1		—
Fabrikarbeiterin	2	2,1	= 6,4 %	2	= 66,6 %	—
Arbeiterin	2	2,1		1		1
Stenotypistin	1	1,1		1		—
Näherin	1	1,1		1		—
Schneiderin	1	1,1		1		—
Zugeherin	2	2,1	= 7,6 %	2	= 100 %	—
Blumenbinderin	1	1,1		1		—
Kontoristin	1	1,1		1		—
Landwirtstochter	10	10,7		6		4
Landwirtsfrau	6	6,4	= 33,3 %	5	= 74,2 %	1
Weinbauersfrau	1	1,1		1		—
Hausfrau	14	15,1		11		3
Haustöchter (ohne Beruf)	22	23,6	= 23,6 %	9	= 40 %	13
Sa.	93		100 %	60	64,5 %	33

Wir sehen in dieser Aufstellung die Tatsache bestätigt, daß die Dysmenorrhoe in erster Linie eine Erkrankung der berufstätigen Frauen ist. Die Behandlung war zum größten Teil bei diesen Fällen erfolgreich. Zu der Zahl der Berufstätigen kommt noch eine Reihe von Patientinnen, die körperlich stärker arbeiten müssen, wie Bauerstöchter und -frauen, die jedoch in hohem Prozentsatz, wie auch die übrigen Hausfrauen, eine dauernde Besserung oder Heilung erfahren. Im Gegensatz hierzu stehen die Erfolge bei den Mädchen ohne Beruf, den Haustöchtern, wo von 22 Fällen 13 ungebessert blieben, also nur 40% geheilt wurden. Es stand hier bei mancher in der Krankengeschichte Nervositas oder Neurasthenie verzeichnet. Vielleicht entfällt noch ein größerer Teil hiervon unter die Psychisch-labilen und Neurasthenischen, von denen S t o e c k e l (6) in seinem Lehrbuch bei der Besprechung der Dysmenorrhoe schreibt: „Eine gesteigerte Affektivität läßt leichte Beschwerden als schwer, physiologisches Unbehagen als Krankheit empfinden. Die Allgemeinbeschwerden steigern sich bis zur völligen Arbeitsunfähigkeit.“ Und weiter: „Manchmal werden die Schmerzen auch übertrieben, um Mitleid zu erregen und interessant zu erscheinen. um von einem Arzt behandelt zu werden und faulenzen zu können.“ Gerade bei dieser Gruppe von Menschen, bei denen vielleicht eine durch irgendwelche psychischen Motive entstandene „Flucht in die Krankheit“ vorliegt, wäre es sehr falsch, sich nur mit einer lokalen Thera-

pie zu begnügen, hier ist nebenher vielleicht eine suggestive Beeinflussung der Mentalität der Kranken von größter Bedeutung. Oft genügt aber auch schon ein Hinweis, daß die Regelstörung jetzt ausreichend behandelt ist und dementsprechend wieder in Ordnung kommt.

Heilerfolge der Behandlung in Beziehung zur Ehe.

Einen weiteren Unterschied in den Heilerfolgen der Behandlung sehen wir in folgender Aufstellung:

Stand	Zahl	%	ungebessert	gebessert	Erfolge %
Ledig	72	77,5	29	43	59,7
Verheiratet	21	22,5	4	17	80,9
Sa.	93	100	33	60	64,5

Den Hauptanteil an den Dysmenorrhoeerkrankungen stellen die Ledigen; so waren von den 93 Behandelten 72 unverheiratet, also mehr als drei Viertel. Während bei den Ledigen die Dauerheilungen nur knapp 60% erreichten, betrugen sie bei den Verheirateten fast 81%. Die Erfahrungstatsache, daß nach einer später eingetretenen Geburt oder Fehlgeburt Heilung der Dysmenorrhoe auftrat, wurde von vielen angegeben, bei zwei Kranken war jedoch im Anschluß an die Geburt wieder eine Verschlimmerung des Leidens eingetreten. Da man jedoch nicht weiß — die Patientinnen wurden nicht nachuntersucht — ob nicht nach der Geburt eine Entzündung des Uterus und seiner Anhangsgebilde erfolgte, so läßt sich diese Angabe nicht sicher verwerten.

Heilerfolge der Behandlung in den einzelnen Altersklassen

Die Zugehörigkeit der behandelten Kranken zu den einzelnen Altersstufen ist aus der nächsten Tabelle ersichtlich.

Erfolge in den einzelnen Altersklasen.

	Zahl	%	ungebessert	gebessert	Erfolge %
Bis zu 20 Jhr.	16	17,3	6	10	62,5
20—30 „	54	58,0	16	38	70,4
30—40 „	18	19,4	8	10	55,5
über 40 „	5	5,3	3	2	40,0
Sa.	93		33	60	

Die Mehrzahl der Dysmenorrhoekranken (58%) entfällt also in das Alter von 20—30 Jahren, wo auch die Dauerresultate am höchsten sind, die sich auf 70,4% beliefen. Unter 20 Jahren lagen 16 Fälle,

über 40 Jahren noch 5 Kranke, von denen nur 2 gebessert wurden, was ja auch bei dem Alter der Patientinnen, in dem häufig noch praeklimakterische Beschwerden dazukommen, verständlich ist.

Dysmenorrhoe in Verbindung mit Sterilität.

Als letztes habe ich dann die Fälle zusammengefaßt, wo bei einer Dysmenorrhoe gleichzeitig eine Sterilität vorlag.

Erfolge der Dauerdilatationsbehandlung bei gleichzeitiger Sterilität.

Nr.	Therapie	Alter	Ehedauer	Dysmenorrhoe	Sterilitas
4	Metranoik.	27	2 Jhr.	beschwerdefrei	4 Geburten
7	„	39	2 Jhr.	ungebessert	nicht behoben
9	„	33	4 Jhr.	gebessert	nicht behoben
16	Beckh-Gänssbauer	30	3 Jhr.	ungebessert	nicht behoben
17	„	29	3 Jhr.	gebessert	nicht behoben
1	Fehling	27	3 Jhr.	beschwerdefrei	1 Geburt
3	„	29	3 Jhr.	beschwerdefrei	1 Geburt
10	„	30	6 Jhr.	beseitigt	nicht behoben
18	„	21	1 Jhr.	gebessert	2 Geburten
5	v. Oettingen	24	1 Jhr.	ungebessert	nicht behoben
7	„	47	10 Jhr.	beseitigt	nicht behoben
11	„	42	4 Jhr.	gebessert	nicht behoben
15	„	23	1 Jhr.	gebessert	nicht behoben
18	„	27	5 Jhr.	gebessert	nicht behoben
31	„	25	2 Jhr.	gebessert	nicht behoben
34	„	29	3 Jhr.	ungebessert	nicht behoben

Es lagen somit 18 Fälle von Sterilität vor, von denen einer jedoch für den Zusammenhang mit der Dysmenorrhoe ausfällt, da die Spermauntersuchung beim Manne einen negativen Befund ergab. Von den 17 Fällen wurde durch die Behandlung die Sterilität bei 5 Kranken behoben, was einem Ergebnis von 23% entspricht. Unter den Mißerfolgen befinden sich 3 Kranke die sich im Alter von 39, 42 und 47 Jahren befanden, wo natürlich die Aussicht auf eine Schwangerschaft an und für sich geringer ist. Bei einer Patientin ergab die Nachuntersuchung an den linken Adnexen einen leichten Strang, sodaß hier die Sterilität durch eine überstandene Salpingitis bedingt sein könnte. Wir sehen auch in dieser Statistik die Bestätigung, daß nach Behebung der Sterilität und Eintritt einer Schwangerschaft die Dysmenorrhoe beseitigt war.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die klinische Behandlung der Dysmenorrhoe mit den Verfahren der Dauerdilatation in zwei Drittel der Fälle zu guten Heilergebnissen führt. Da sie ein für das Leben der Patienten verhältnismäßig ungefährlicher Eingriff ist, so sollte zunächst mit dieser Methode ein Versuch gemacht werden; hierfür kämen nach unserer Erfahrung die Röhrchen nach Fehling oder v. Oettingen in Frage, da sie im Gegensatz zur Beckh-Gänssbauermethode die Gefahr der Sekretsstauung und des Fiebers ziemlich ausschließen.

Nach den Erfahrungen der letzten Jahre über die Hormonbehandlung bei Dysmenorrhoe vor allem kombiniert mit verstärkten Regelblutungen als Dysmenorrhagien — verspricht vielleicht diese Therapie eine wirksamere und mehr ätiologische Behandlungsart zu werden, zumal man von Progynondosen in Höhe von 10 000—50 000 M. E. gute Erfolge gesehen hat. Ein endgültiges Urteil darüber, was sie an Dauerheilungen aufweist, wird erst die Zukunft ergeben.

Literatur.

1. Prof. Walter Schmitt: Behandlung der Dysmenorrhoe und Sterilität. Zbl. f. Gyn. 48, 1 S. 287—298.
2. Schneider, Hans: Dilatation des Cervikalkanals durch den Metranoikter nach Schatz-Höhne. Arch. f. Gynäk.
3. Gänssbauer, Hans: Therapie der Dysmenorrhoe durch Dilatation der Cervix und des Cavum uteri. Zbl. f. Gynäk. 1922/46.
4. Schmidt, H. R.: Die Fehling'sche Spülkur bei Dysmenorrhoe und Sterilität. Mschr. f. Geb. u. Gynäk. 1923 Bd. 61 S. 23—28.
5. v. Oettingen: Ein einfacher Eingriff zur Behebung der weiblichen Kinderlosigkeit. Melsunger Medizinisch-pharmaz. Mitteilungen. 1925 Nr. 42.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Gauß an dieser Stelle nochmals für die freundliche Ueberlassung des Themas und seine Beratung beim Aufbau der Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, die vorstehende Arbeit allein angefertigt zu haben.

Richard Hengsbach.

Lebenslauf.

Ich, Richard Johannes Hengsbach bin geboren am 15. 5. 1908 als Sohn des Müllers Franz Hengsbach und seiner Ehefrau Berta, geb. Schulte zu Velmede/Ruhr, arischer Abstammung. Von 1914 bis 1919 besuchte ich die Volksschule zu Velmede, von 1919 bis 1925 die Rektoratsschule zu Meschede. Von 1925—1928 war ich auf dem humanistischen Gymnasium zu Brilon, wo ich am 22. Febr. 1928 mein Reifezeugnis erhielt. Ich studierte dann Medizin an den Universitäten Münster und Bonn, sowie an der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf. Ferner an der Universität Wien, dann in Würzburg, wo ich am 6. Januar 1934 mein Staatsexamen bestand.

Das praktische Jahr absolvierte ich am Bernwards-Krankenhaus zu Hildesheim, wo ich bis zum April 1935 als Assistent tätig war. Vom April 1935 ab bin ich als Volontärassistent in der Universitäts-Frauenklinik, Würzburg, beschäftigt.

Der Besprechung der an der Würzburger Universitäts-Frauenklinik angewandten Behandlung der Dysmenorrhoe liegen die Krankengeschichten der Jahre 1923—1932 zu Grunde.